

ANNEE 1975

N°

N° 69

Danielle FONTAINE
née Bonnefont.

**A PROPOS D'UN CAS DE CARCINOSARCOME
DE L'OESOPHAGE**

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 23 SEPTEMBRE 1975.

Président de Thèse : M. le Professeur PERDU
Juges : M. le Professeur VIVES
: M. le Professeur LAUDE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545912_0015

Danielle FONTAINE
née Bonnefont.

**A PROPOS D'UN CAS DE CARCINOSARCOME
DE L'OESOPHAGE**

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 23 SEPTEMBRE 1975.

Président de Thèse : M. le Professeur PERDU
Juges : M. le Professeur VIVES
: M. le Professeur LAUDE



AUX MIENS,

A MES AMIS,

A Monsieur le Professeur Gérard PERDU,
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine d'AMIENS,
Professeur titulaire d'Anatomie,
Chirurgien-Chef des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre du Mérite,
Commandeur de l'Ordre des Palmes Académiques,

Qui a bien voulu me conseiller le sujet
de cette thèse et me faire l'honneur
d'en accepter la Présidence,
en témoignage de ma déférente et très
vive reconnaissance de sa paternelle
bienveillance.

A Monsieur le Professeur Pierre VIVES,
Professeur agrégé de Traumatologie-Orthopédie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chef de Service de Chirurgie,

Qui a bien voulu s'intéresser à cette
thèse et accepter de faire partie de
son jury, avec mes très sincères
remerciements.

A Monsieur le Professeur Maurice LAUDE
Professeur titulaire d'Anatomie,
Médecin des Hôpitaux au Centre Hospitalier d'AMIENS,

Avec toute ma profonde gratitude pour
l'enseignement qu'il m'a dispensé et
tous mes remerciements d'avoir accepté
de faire partie du jury de cette thèse.

I N T R O D U C T I O N

Les carcinosarcomes de l'oesophage sont exceptionnels : cinquante cas sont actuellement publiés.

L'intérêt de cette étude est de présenter une observation de carcinosarcome oesophagien recueillie dans le service de Monsieur le Professeur PERDU (Centre Hospitalier Universitaire d'AMIENS) et de décrire, à partir de la revue de la littérature, les principaux caractères de cette tumeur.

Nous suivrons le plan ci-dessous :

I - GENERALITES SUR LES SARCOMES DE L'EOSOPHAGE

- Historique
- Rappel histologique
- Caractères cliniques
- Caractères anatomo-pathologiques
- Données paracliniques

II - OBSERVATIONS

- Observation personnelle
- Observations recueillies dans la littérature

III - ETIOLOGIE DU CARCINOSARCOME

- Hypothèses émises
- Carcinosarcome et pseudosarcome

IV - RESUME ET CONCLUSIONS

CHAPITRE I

GENERALITES SUR LES SARCOMES DE L'OESOPHAGE

HISTORIQUE

RAPPEL HISTOLOGIQUE

CARACTERES CLINIQUES

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

DONNEES PARACLINIQUES

HISTORIQUE

Les sarcomes primitifs de l'oesophage sont rares, leur fréquence est évaluée à 0,5 % des tumeurs malignes de l'oesophage (45).

Après le premier cas rapporté par CHAPMAN en 1877, soixante observations mondiales figurent. Cependant, l'analyse minutieuse de SIMON démontre qu'une vingtaine de cas sont douteux et se rapportent soit à des pseudosarcomes microscopiques, soit à des sarcomes de l'oesophage secondaires à une tumeur du pharynx, de l'estomac ou de tout autre organe de voisinage (18).

RESANO ne rencontre qu'un seul sarcome pour 704 cas de cancer de l'oesophage (30).

Les fibrosarcomes et les léiomyosarcomes représentent la majorité des sarcomes primitifs oesophagiens. Quant aux carcinosarcomes, ils sont exceptionnels, cinquante cas ayant été publiés à ce jour.

Ces carcinosarcomes, qui ont été observés également au niveau du pharynx, de la thyroïde, du poumon, de l'utérus et de l'appareil urinaire, sont composés à la fois d'éléments évoquant la structure d'un carcinome et de cellules rappelant les caractères d'un sarcome. Si leur origine est encore controversée, les carcinosarcomes de l'oesophage constituent une entité anatomo-clinique véritable par leur localisation, leur aspect pédiculé, leurs deux composantes tissulaires et la rareté de leurs métastases (25).

RAPPEL HISTOLOGIQUE

Le cancer de l'oesophage est un épithélioma malpighien, soit différencié et épidermoïde, soit plus rarement indifférencié.

Au tiers inférieur de l'oesophage, l'épithélioma peut être cylindrique de type gastrique.

Les formations glandulaires cardiales de l'extrémité inférieure, les glandes hétérotopiques des régions supérieures et inférieures sont la source de la plupart des cancers glandulaires. Les glandes muqueuses normales de la paroi peuvent être à l'origine de tumeurs muco-épidermoïdes et d'adénoacanthomes.

Bien entendu, tous les constituants mésenchymateux neuro-ectodermiques de l'oesophage peuvent être à l'origine de tumeurs malignes primitives, mais plus rarement.

Schéma histologique de la paroi oesophagienne

(Voir page 6)

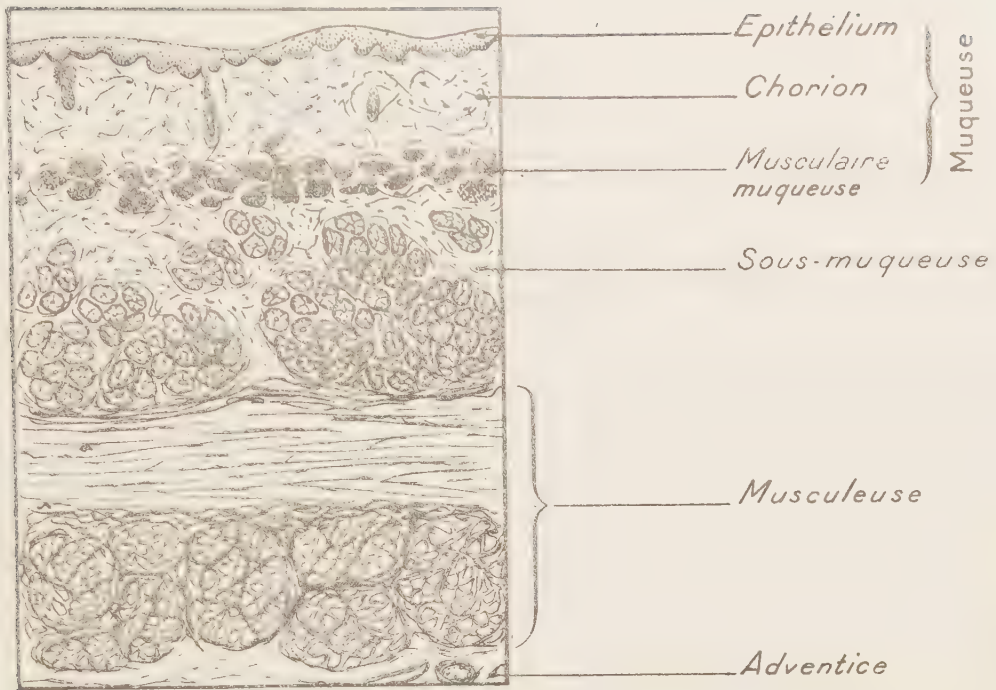
Nous proposerons schématiquement une classification de P. MAILLET sur les tumeurs malignes de l'oesophage en nous appuyant essentiellement sur les données cytologiques.

Nous citerons :

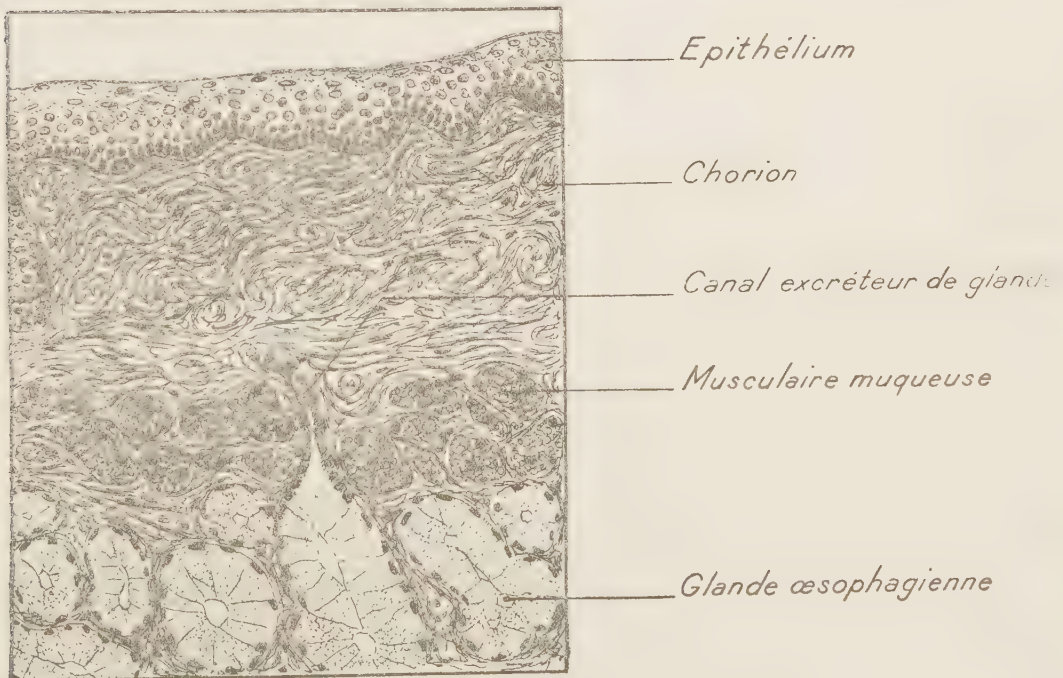
1/ Le carcinome épidermoïde

Il s'agit d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire qui représente 92 % des tumeurs malignes oesophagiennes.

Ensemble



Détail



Cet épithélioma se présente soit :

- a) sous sa forme différenciée, kératinisante,
- b) sous sa forme indifférenciée, anaplasique et non kératinisante découvrant une cytologie "fuso-cellulaire" pseudo-sarcomateuse.

2/ Les autres carcinomes

- a) les adéno-carcinomes cylindriques tubulés ou tubulo-papillaires,
- b) les carcinomes mucipares (apanage de la région cardio-oesophagienne),
- c) les adéno-acanthomes où se mêlent structures glandulaires et épidermoïdes,
- d) les tumeurs muco-épidermoïdes de l'oesophage qui se rapprochent de leurs homologues salivaires.

3/ Les sarcomes oesophagiens

Dans la plupart des cas, il s'agit de sarcomes fuso-cellulaires d'origine fibroblastique (nous parlerons alors de fibrosarcomes) ou musculaire (léiomyosarcomes, rhabdomyosarcomes); Ici s'intègrent les carcinosarcomes.

4/ Les mélanoblastomes malins

CARACTERES CLINIQUES

1/ Facteurs prédisposants

Ils sont communs à toutes les tumeurs malignes de l'oesophage :

- a) Troubles bucco-dentaires,
- b) Tabagisme, alcoolisme,
- c) Leucoplasie (en réalité peu souvent en cause),
- d) Irritation par la chaleur,
- e) Absorption de caustiques,
- f) Chocs psychiques ou physiques.

2/ Le sexe

La fréquence est plus grande chez l'Homme.
JACKSON sur 671 cas, dénombre 87 % de sujets masculins.

3/ L'âge

Dans la plupart des cas il s'agit d'un Homme âgé de 50 ans ou plus. Apparition plus précoce chez la Femme.

4/ Signes cliniques

a) La dysphagie

C'est le maître symptôme. Elle est sans rapport avec l'importance de l'obstacle. Elle est fonction du siège de la tumeur. Habituellement progressive, plus marquée au début pour l'alimentation solide, elle devient ensuite permanente. Elle peut être totalement absente.

b) Les autres signes

Ils sont inconstants.

- la douleur rétrosternale à type de brûlure,
- les éructations douloureuses,
- les régurgitations alimentaires,
- la sialorrhée,
- les éructations fétides traduisant la nécrose de la tumeur,
- l'amaigrissement,
- l'anorexie.

EN RESUME

Aucun caractère clinique ne permet la distinction des sarcomes d'avec les autres tumeurs de l'oesophage, en particulier des épithéliomas. Seul l'examen anatomo-pathologique et l'étude histocyto-logique donnent le diagnostic étiologique.

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1/ Macroscopiquement

Il s'agit d'une tumeur de gros volume, polypoïde, pédiculée, développée aux dépens de n'importe qu'elle tunique de l'oesophage mais le plus souvent aux dépens de la sous-muqueuse.

La tumeur déborde la paroi, soit en dedans (elle est alors intraluminale), soit en dehors, entraînant une dissociation des fibres musculaires longitudinales et déformant par son volume l'axe vertical de l'oesophage.

2/ Microscopiquement

Il existe une prolifération malpighienne.

Le stroma se présente comme un sarcome fuso-cellulaire.

DONNEES PARACLINIQUES

Les investigations radiologiques et oesophagoscopiques mettent en évidence une masse polypoïde le plus souvent intraluminaire.

Seule, la biopsie avec l'étude cytologique permet d'affirmer le diagnostic de sarcome.

A l'issue de ce bref rappel, il s'avère que les caractères cliniques n'ont aucune spécificité.

L'aspect pédiculé semble différencier les sarcomes des autres tumeurs de l'oesophage.

L'histocytologie permet quant à elle d'évoquer la nature carcino-sarcomateuse de la tumeur. Nous pouvons malheureusement déplorer, comme nous le verrons dans le chapitre concernant les observations recueillies dans la littérature, que les études anatomo-pathologiques ne soient pas plus approfondies.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION PERSONNELLE

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTERATURE

OBSERVATION PERSONNELLE

Monsieur B..... Serge, âgé de 44 ans, tabagique connu, est hospitalisé dans le service de Chirurgie de Monsieur le Professeur PERDU, le 14 février 1972, pour :

- une dysphagie aux solides qui s'accroît progressivement depuis deux mois, ne permettant qu'une alimentation liquide ou semi-liquide.

- une altération de l'état général avec amaigrissement de 5 kg. environ.

Depuis deux mois, le patient se plaignait de douleurs rétrosternales à irradiations postérieures (à type de crampes), d'une dysphagie croissante et de régurgitations fréquentes.

L'examen clinique est normal.

Le transit oesophagien, effectué le 17 février 1972, met en évidence, au niveau du tiers moyen de l'oesophage, une lacune ovalaire de 9 cm. de long sur 4 cm. de large, régulière, polylobée, comblant quasi totalement la lumière et paraissant s'implanter, par une base étroite, sur la face postérieure (fig. 1).

L'oesophagoscopie montre, à 28 cm. des arcades dentaires, une volumineuse tumeur polylobée à développement intraluminal exhubérant. La muqueuse qui la recouvre est régulière, d'aspect identique à celle de l'oesophage sus-jacent. Il s'agit donc d'un processus sous-muqueux refoulant la muqueuse, en respectant plus ou moins cette dernière : "ces aspects sont plus en faveur d'un sarcome de l'oesophage qu'en faveur d'une tumeur bénigne sous-muqueuse".

Trois biopsies sont réalisées.

Le rapport de l'anatomo-pathologiste, en date du 22 février 1972, est en faveur d'un épithélioma épidermoïde peu différencié.

Devant l'intensité des douleurs thoraciques, la dysphagie et l'aspect radiologique, l'intervention chirurgicale est décidée (le patient sera opéré à l'Hôpital CALMETTE de LILLE).

Les investigations pré-opératoires (formule sanguine, analyse d'urine, tests hépatiques,....) ne décèlent aucune anomalie.

L'intervention est fixée au 13 mars 1972.

A l'ouverture, nous découvrons une tumeur à développement endo-luminal au niveau du tiers moyen de l'oesophage (fig. 2). La musculature semble respectée. Il n'y a pas d'adénopathie de voisinage. Une résection oesophagienne suivie d'une anastomose oesogastrique termino-latérale est réalisée.

L'intervention est bien tolérée par le malade.

Les suites opératoires immédiates sont simples.

Un transit oesogastrique de contrôle assure du bon fonctionnement de la plastie oesophagienne.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire met en évidence (fig. 3 et 4) :

- en superficie de la tumeur, une prolifération épithéliomateuse épidermoïde peu différenciée,
- au centre de la tumeur, une prolifération sarcomateuse de type fibroblastique.



Fig. 1 : tumeur du tiers moyen de l'oesophage,
polypoïde, lobulée, comblant la lumière.

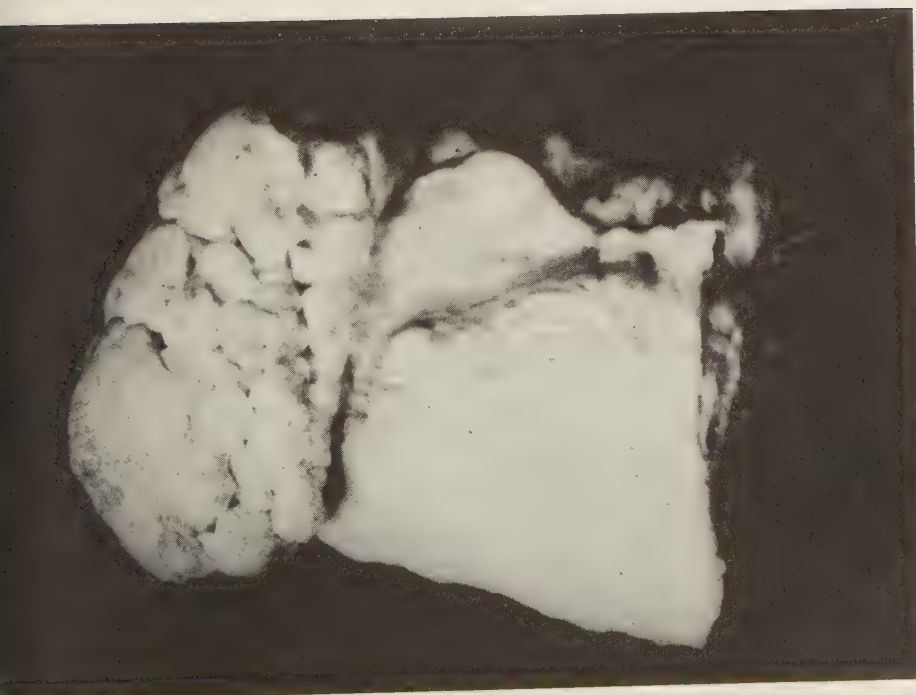
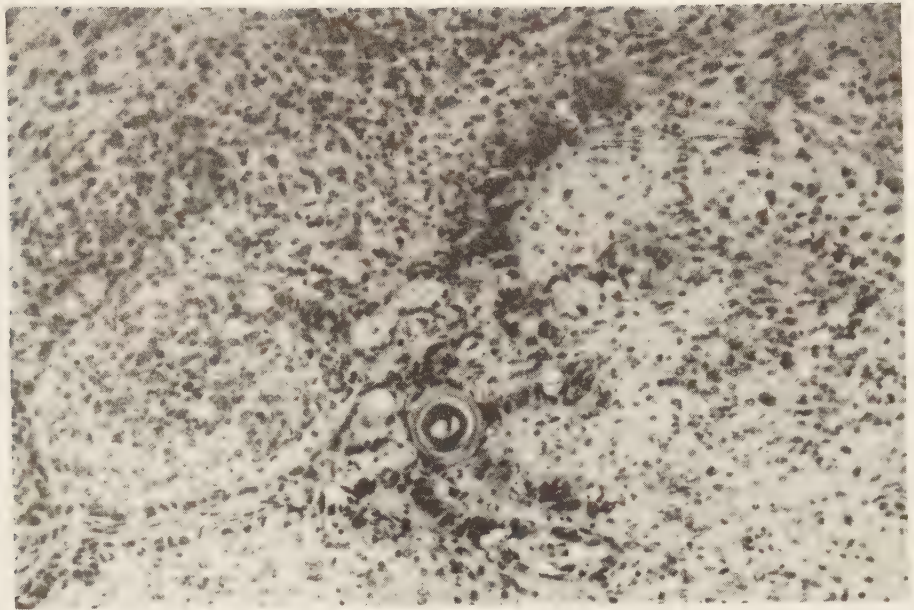


Fig. 2 : Pièce opératoire : tumeur sessile,
polypoïde et lobulée.



3 : Foyer épithéliomateux épidermoïde recouvrant un chorion inflammatoire.

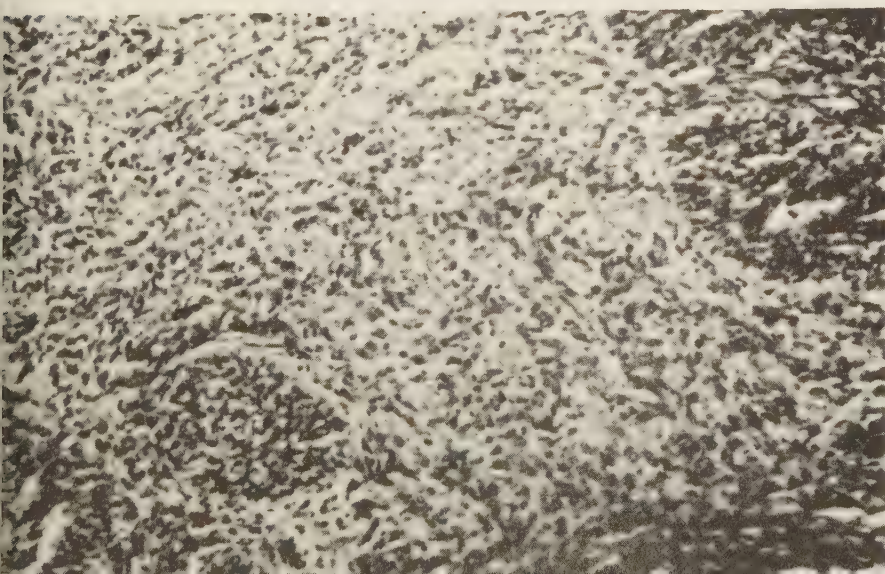
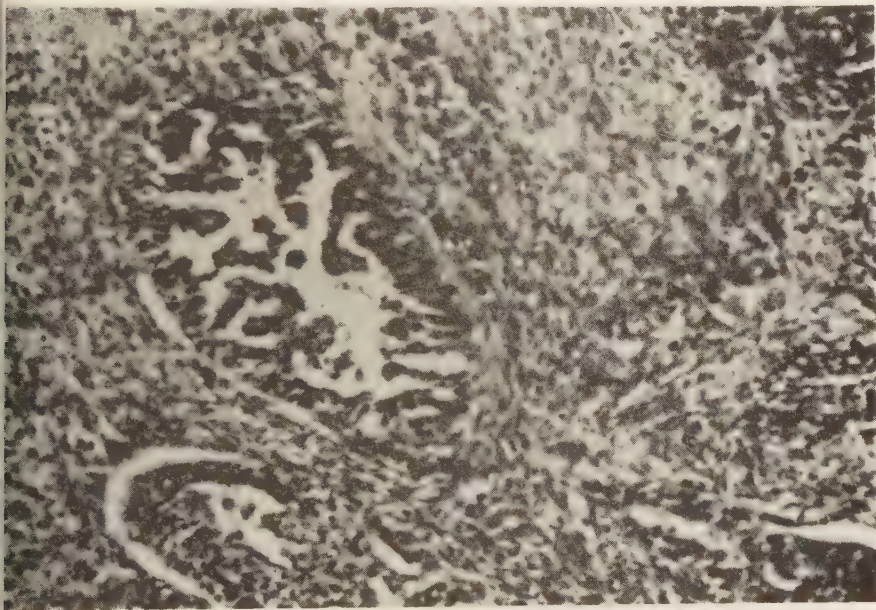


Fig. 4 : Plage de sarcome fibroblastique peu différencié avec îlots d'épithélioma épidermoïde cellules sarcomateuses.

Quinze jours plus tard apparaît un syndrome hémorragique sévère fait d'hématomes sous-cutanés multiples au niveau des membres inférieurs, d'épistaxis et de gingivorragies. L'asthénie est intense. La température est à 38° C.

L'examen clinique révèle la présence d'adénopathies sus-claviculaires dures et douloureuses.

Le 27 février 1973 l'examen hématologique met en évidence une pancytopénie :

- G.R. : 1 550 000/mm³
- G.B. : 6300/mm³
- 2900 lymphocytes, 880 monocytes, 1260 polynucléaires neutrophiles, 820 myélocytes, 380 métamyélocytes
- Plaquettes : 10 000/mm³

Le médullogramme met en évidence un envahissement de la moëlle par des cellules métastatiques de type sarcomateux.

Le 1er mars 1973, soit un an après l'intervention pour carcinosarcome de l'oesophage, le malade décède suite à une flambée métastatique extrêmement sévère avec envahissement presque complet de la moëlle osseuse.

Il est à regretter l'absence d'autopsie chez ce patient, aucune étude des métastases ganglionnaires n'ayant pu être pratiquée.

OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE

En reprenant la littérature, nous constatons le caractère rarissime du carcinosarcome de l'oesophage : Mac CORT (19) en 1972 a rassemblé 43 observations publiées entre 1864 et 1969. A noter également, les observations de DRIESSENS et COLL (5) et de REVZIS et COLL (31) publiées respectivement en 1957 et 1969, ainsi que 5 observations publiées depuis 1969 (3, 17, 25, 36, 44).

Le carcinosarcome de l'oesophage s'observe surtout chez l'Homme entre 45 et 60 ans. La dysphagie est le maître symptôme. La tumeur carcinosarcomateuse ayant une prolifération endocavitaire de type obstructif, et ce, rapidement, la dysphagie est donc généralement plus précoce que celle du cancer épidermoïde.

Radiologiquement, il s'agit d'une volumineuse tumeur ovalaire dont le grand axe atteint une dizaine de centimètres.

Elle siège habituellement au tiers moyen de l'oesophage ; cependant la région cervicale (23, 28, 39) et le tiers inférieur (5, 27) peuvent être atteints. Elle est lobulée en surface, le plus souvent pédiculée, comblant presque totalement la lumière oesophagienne qui apparaît localement distendue. Le produit de contraste encercle la tumeur, dessinant à son pôle supérieur une image en dôme ou en cupule (5, 19).

L'oesophagoscopie montre une tumeur polypoïde, intra-luminale, de surface lisse ou lobulée, ayant l'aspect d'une grappe de raisin (5) ou d'une mûre (15). Le pédicule est parfois visible.

La biopsie, avec étude histocytologique, met en évidence, un carcinome, un sarcome ou plus rarement les deux (1, 17, 21, 28).

Sur le plan anatomo-pathologique :

- Macroscopiquement : il s'agit le plus souvent d'une tumeur polypoïde, pédiculée, obstruant la lumière oesophagienne.

- Microscopiquement : deux zones tissulaires entremêlées composent la tumeur.

- a) Une partie carcinomateuse : le plus souvent épidermoïde avec des îlots de cellules kératinisées. Plus rarement glandulaire (5, 41).
- b) Une partie sarcomateuse : faite de cellules fusiformes. Le sarcome est le plus souvent indifférencié, cependant il peut avoir l'aspect d'un fibrosarcome, comme chez notre patient; d'un léiomyosarcome (13), d'un ostéosarcome (6, 18, 36), d'un chondrosarcome (40), d'un neurofibrosarcome (26).

D'une façon générale, les métastases semblent rares et tardives (25). Ces métastases viscérales ou lymphatiques sont le plus souvent de type sarcomateux (1, 4, 41, 43), rarement de type épithéliomateux (25).

Le traitement est essentiellement chirurgical (résection aussi large que pour n'importe quel autre cancer de l'oesophage). L'ablation de la tumeur par oesophagogastrectomie a été réalisée dans trente cas, sur cinquante observations.

Les résultats obtenus sont les suivants :

- 13 décès post opératoires ,
- 16 survies de 3 à 5 ans (25, 40),
- 1 survie à 5 ans, celle du patient de MOORE qui avait subi une excision locale (21).

La cobalthérapie semble inefficace (23, 40).

Le taux de survie à 5 ans (10,5 %) est voisin de celui observé lors du cancer épidermoïde (12 %). Quant à la cobalthérapie associée à la chirurgie : pas de survie au-delà de 5 ans (23).

Nous constatons que, malgré une intervention satisfaisante, l'espoir de survie de ces patients, porteurs d'une tumeur qui ne semble donner que très rarement des métastases, est décevant. Pas de survie observée au-delà de 5 ans.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE DU CARCINOSARCOME

HYPOTHESES EMISES

CARCINOSARCOME ET PSEUDOSARCOME

HYPOTHESES EMISES

L'origine du carcinosarcome est controversée. Différentes hypothèses ont été proposées sans toutefois qu'aucune d'elle n'ait été réellement vérifiée.

1/ Tumeur par "collision"

Il s'agit de la rencontre fortuite de deux tumeurs indépendantes, nées en deux endroits différents (20, 35). Cette hypothèse est généralement abandonnée (25).

2/ Tumeur par "composition"

Dans ce cas, les éléments carcinomateux et sarcomateux deviennent simultanément malins, à partir de cellules différentes juxtaposées dans un même endroit (20).

3/ Tumeur par "combinaison"

L'origine cellulaire est commune aux deux composantes tumorales. Les éléments carcinomateux et sarcomateux naissent d'une même cellule souche qui se différencie dans deux directions (20).

4/ Tumeur par transformation métaplasique

La composante sarcomateuse dérive de la composante carcinomateuse par transformation métaplasique (8, 10, 24, 33, 34). La zone sarcomateuse est donc constituée par une prolifération épithéliomateuse à cellules fusiformes. Cette dernière hypothèse est la plus généralement acceptée.

La mise en évidence d'organelles cytoplasmiques de nature épithéliale au niveau des cellules sarcomatoïdes vient renforcer ce concept. Cette dernière hypothèse tend à rapprocher le carcinosarcome du pseudosarcome.

CARCINOSARCOME et PSEUDOSARCOME

Il convient de différencier le carcinosarcome des autres tumeurs polypoïdes de l'oesophage : lipome, mélanome, léiomyome, neuro-fibrome, polype inflammatoire et surtout le pseudo-sarcome.

Le diagnostic différentiel entre carcinosarcome et pseudosarcome est délicat. Il est, selon SAPHIR (33), fortement vraisemblable qu'un certain nombre de cas de carcinosarcomes, décrits avant 1960, soient en fait des pseudosarcomes.

Douze cas de pseudosarcomes sont actuellement publiés (7, 11, 19, 29, 32, 38).

Les caractères cliniques radiologiques et endoscopiques de cette tumeur sont très proches de ceux du carcinosarcome (19).

Sur le plan anatomo-pathologique, la tumeur est constituée par des cellules pseudo sarcomateuses non malignes ne donnant pas de métastases. Elle est toujours associée, au niveau de sa base d'implantation, à un carcinome épidermoïde, le plus souvent intra-muqueux, parfois invasif, non intriqué à la prolifération pseudo sarcomateuse, pouvant de son côté donner des métastases.

Deux caractères essentiels différencient le carcinosarcome du pseudosarcome :

1/ Dans le carcinosarcome

Les éléments carcinomateux et sarcomateux sont entremêlés ; alors que dans le pseudosarcome les deux types cellulaires sont adjacents (7).

2/ Dans le carcinosarcome

Les métastases sont essentiellement de type sarcomateux. Elles ne sont jamais de ce type en cas de pseudo sarcome (22).

CHAPITRE IV

RESUME ET CONCLUSIONS

Ce travail repose sur l'observation d'un patient, âgé de 44 ans, atteint d'un carcinosarcome de l'oesophage.

Il s'agit du 51^e. cas publié jusqu'à ce jour.

Les examens radiographiques et oesophagoscopiques découvrent au tiers moyen de l'oesophage une tumeur polypoïde, lobulée en surface, de 9 cm. de long sur 4 cm. de large, obstruant quasi totalement la lumière oesophagienne.

Une résection de l'oesophage suivie d'une anastomose oesogastrique termino-latérale est pratiquée.

L'examen histologique met en évidence une double composante tissulaire, à savoir : d'une part,

en superficie de la tumeur :
une prolifération épithélioïmateuse épidermoïde peu différenciée.

d'autre part,
au centre de la tumeur :
une prolifération sarcomateuse de type fibroblastique.

L'évolution est favorable pendant une période de 10 mois. Un an après l'intervention, l'envahissement médullaire par des cellules sarcomateuses entraîne une aplasie mortelle.

Il est à regretter l'absence d'autopsie chez ce malade, aucune étude (notamment histocytologique) des métastases ganglionnaires n'ayant pu être pratiquée.

Une revue de la littérature est faite, elle permet d'établir les principaux caractères cliniques, radiologiques et histologiques du carcinosarcome.

L'espérance de survie de ces malades porteurs d'une lésion rarement métastatique est décevante, malgré une intervention chirurgicale satisfaisante. En effet, aucun cas de survie n'a été observé au-delà de 5 ans.

Quant à l'origine du carcinosarcome, elle est fortement controversée, aucune hypothèse n'ayant été prouvée.

Il en est de même en ce qui concerne les relations carcinosarcome et pseudosarcome.

Récemment, à la faveur des divers procédés techniques, et en particulier des cultures de tissus, nous avons de plus en plus tendance à considérer que beaucoup de tumeurs intitulées carcinosarcomes sont en fait, comme les pseudo-sarcomes, des carcinomes épidermoïdes à cellules fusiformes.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - BARDENHEIER, J.A., MAGINN, R.R. - Carcinosarcoma of the esophagus.
Mo Med. 1969, 66, 421 - 422
- 2 - BOCKUS, H.L. - Gastroenterology
W.B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1963,
p 182.
- 3 - CALHOUN, T., ALI, S.D., MUNA, D., KURTZ, L.H., SIMMONS, R.L., NASH, E.C. - Carcinosarcoma of the esophagus.
Case report and review of the litterature. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1973, 66, 315 - 319
- 4 - CILOTTI, M. - Di un caso di carcino-sarcoma dell'esofago.
Pathologica, 1928, 20, 608 - 615
- 5 - DRIESSENS, J., LAGACHE, G., HERAUD, M., TOISON, G. - Epithelio-sarcome de l'oesophage inférieur à développement endo-cavitaire.
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1957, 46, 72 - 76
- 6 - ELTON, S.E., JOANNIDES, M. JR - Carcinosarcoma of the esophagus. A review and case report.
Dis. Chest. 1962, 41, 111 - 114
- 7 - ENRILE, F.T., DE JESUS, P.O., BAKST, A.A., BALUYOT, R. - Pseudosarcoma of the esophagus (polypoid carcinoma of esophagus with pseudosarcomatous features)
Cancer, 1973, 31, 1197 - 1202
- 8 - FORTIN, P. - Carcinome malpighien pseudosarcomateux à forme polypoïde
Ann. Anat. Pathol, (Paris), 1968, 13, 227 - 238
- 9 - GERALD, B.E. - Carcinosarcoma of the esophagus.
Am. J. Gastroenterol, 1971, 36, 417 - 421
- 10 - GREGG, J.B., STAMLER, F.W. - Unusual neoplasms of the esophagus. Review of littérature and report of a case.
Arch. Otolaryngol, 1964, 59, 159 - 169
- 11 - HAY-ROE, V., HILL, R.L., CIVIN, W.H. - An unclassifiable tumor of the esophagus
J. Thorac, Cardiovasc. Surg. 1960, 40, 107 - 113
- 12 - JAMES, A.G. - Cancer prognosis manual.
Am. Cancer Soc. (New-York), 1966, p 43

- 13 - KING. H.A., KOERNER, T.A. - Carcinosarcoma of the esophagus.
Surgery, 1957, 42, 389 - 393
- 14 - LANE, N. - Pseudosarcoma (polypoid sarcoma-like masses) associated with squamous-cell carcinoma of the mouth, fauces and larynx. Report of ten cases.
Cancer, 1957, 10, 19 - 41
- 15 - LICHTER, J., SMITH, E.R., GWYNNE, J.F. - Carcinosarcoma of the oesophagus.
Thorax, 1968, 23, 663 - 669
- 16 - LICHTIGER, B., MACKAY, B., TESSMER, C.F. - Spindle-cell variant of squamous carcinoma. A light and electron microscopic study of 13 cases.
Cancer, 1970, 26, 1311 - 1320
- 17 - LIN, H.M., LUNA - MUNOZ, M.I., KRAFT, J.R. - Carcinosarcoma of the esophagus.
Am. J. Gastroenterol, 1971, 55, 249 - 256
- 18 - LORTAT - JACOB, J.L., BADARO - Deux sarcomes primitifs de l'oesophage pédiculé.
Sem.Hop. Paris, 1950, 26, 1743 - 1746
- 19 - Mc Cort, J.J. - Esophageal carcinosarcoma and pseudosarcoma.
Radiology, 1972, 102, 519 - 524
- 20 - MEYER, R. - Beitrag zur verstandigung über die namengebung in der geschwülshehre.
Zentralbl. Allg. Pathol, 1969, 30, 291 - 296
- 21 - MOORE, T.C., BATTERSBY, J.S., VELLIOS, F., LOEHR, W.M. - Carcinosarcoma of the esophagus.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1963, 45, 281 - 288
- 22 - MORSON, B.C., DAWSON, I.M.P. - Gastrointestinal pathology.
Oxford, Blackwell Scientific publications, 1972, pp 41 - 43
- 23 - PALMER, J.A., MUSTARD, R.A. - Carcinosarcoma of the cervical esophagus. Reconstruction by a subcutaneous right colon replacement to pharynx.
Can. J. Surg. 1965, 8, 56 - 60
- 24 - PEARLMAN, S.J. - So-called carcinosarcoma of the esophagus.
Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1940, 49, 805 - 820

- 25 - PELOQUIN, A.B., VAUCLAIR, R. - Carcinosarcome de l'oesophage.
Rev. Fr. Gastroenterol., 1974, 97, 35 - 41
- 26 - PERRY, J.F. Jr, LYNE, B. - Carcinosarcoma of the esophagus.
Minn. Med., 1964, 47, 1495 - 1500
- 27 - PIAGET, F., COUDERC, D. - Epithelio-sarcome pédiculé de l'oesophage.
Ann. Otolaryngol. 1960, 77, 173 - 177
- 28 - PIQUET, J.J. - Deux cas de sarcome de l'oesophage
Ann. Otolaryngol. 1960, 77, 177 - 181
- 29 - RAZZUK, M.A., URSCHER, H.C., RACE, G.J., NATHAN, M.J., PAULSON, D.L. - Pseudosarcoma of the esophagus.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1971, 61, 650
- 30 - RESANO, H., ALBENESE, A. - Sarcome de l'oesophage
Revue de chir., an. 67, n° 9 - 10, p. 257, septembre 1948
- 31 - REVZIS, M.G. - A case of carcinosarcoma of the esophagus
Ark. Patol. 1969, 31, 59 - 62
- 32 - SANCHEZ, R.S., SHAH, J.C., BARMAN, A., BATINCHOK, W., MULE, J.E. - Pseudosarcoma of the esophagus. A case report.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1973, 66, 833 - 837
- 33 - SAPHIR, O., VASS, A. - Carcinosarcoma
Am. J. Cancer, 1938, 33, 331 - 361
- 34 - SCARPA, F.J. - Polypoid squamous carcinoma of the esophagus. Report of a case and its implications for the histogenesis of "carcinosarcoma" of the esophagus.
Cancer, 1966, 19, 861 - 866
- 35 - SCHILD, C.A. - Doppeltumoren ; beitrage zur frage der kombinations, induktions, und kollosions geschwülste
Oncologia, 1950, 3, 117 - 128
- 36 - SELIGER, G. - Cardinosarcoma of the esophagus
Am. J. Gastroenterol., 1973, 59, 271 - 277

- 37 - SHERWIN, R.P., STRONG, M.S., VAUGAN, C.W.Jr. - Polypoid and junctional squamous cell carcinoma of the tongue and larynx with spindle cell carcinoma "pseudocarcoma".
Cancer, 1963, 16 - 1, 51 - 60
- 38 - SHIELDS, T.W., EILERT, J.B., BATTIFORA, H. - Pseudosarcoma of the esophagus.
Thorax, 1972, 27, 472 - 479
- 39 - SMITH, P.W., MARK, J.B.D., CARRINGTON, C.B. - Use of the cervical approach in the treatment of carcinosarcoma of the upper esophagus.
Dis. Chest, 1944, 46, 91 - 94
- 40 - STENER, B., KOCK, N.G., PETTERSON, S., ZETTERLUND, B. - Carcinosarcoma of the esophagus.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1967, 54, 746 - 750
- 41 - STOUT, A.P., HUMPHREYS, G.H., ROTTENBERG, L.A. - A case of carcinosarcoma of the esophagus.
Am. J. Roentgend, 1949, 61, 461 - 469
- 42 - STOUT, A.P., LATTES, R. - Tumors of the esophagus. Atlas of tumor pathology.
Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1957, pp 95-103
- 43 - TALBERT, J.L., CANTRELL, J.R. - Clinical and pathologic characteristics of carcinosarcoma of the esophagus.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1963, 45, 1 - 10
- 44 - VANASIN, B., NOTHMANN, B.J., WRIGHT, J.R., SCHUSTER, M.M. - Carcinoma of the esophagus.
Gastrointest. Endosc. 1972, 18, 169 - 171
- 45 - YOUNG, J.F., - Tumors of the esophagus.
Gastroenterology vol. 1, edited by Bockus H.L, Saunders, Philadelphia and London, 1963, 169 - 185

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I GENERALITES SUR LES SARCOMES DE L'OESOPHAGE ...	3
- HISTORIQUE	4
- RAPPEL HISTOLOGIQUE	5
- CARACTERES CLINIQUES	8
- CARACTERES ANATOMO PATHOLOGIQUES	10
- DONNEES PARACLINIQUES	11
CHAPITRE II OBSERVATIONS	12
- OBSERVATION PERSONNELLE	13
- OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE	14
CHAPITRE III ETIOLOGIE DU CARCINOSARCOME	22
- HYPOTHESES EMISES	23
- CARCINOSARCOME ET PSEUDOSARCOME	24
CHAPITRE IV RESUME ET CONCLUSIONS	26
BIBLIOGRAPHIE	29

